

Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> ATS Brianza	<b>Dipartimento Amministrativo,          di Controllo e degli Affari Generali e Legali</b> <b>Sviluppo Risorse Umane</b> <b>Formazione e Valutazione Risorse Umane</b> Monza: Tel. 039/2384289 - 4288 Lecco: Tel. 0341/482517 - 2250 E-mail: vo.faru@ats-brianza.it	MODULO <b>GESTIONE DEL PIANO DI          FORMAZIONE</b> <b>AUTOCERTIFICAZIONE</b> <b>ASSENZA DI CONFLITTO          DI INTERESSI</b>	
---	--	--	---

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a **CANNAROZZI CARLO CIRO**

nato/a 21 il 08 C.F. 1961

residente a **CABIATE** in Via **DON MARIO MAURI 33**

Telefono: 3474953440 Fax: 0362485010 E-mail: carlociro1961@yahoo.it

Dipendente  Libero Professionista  Convenzionato  Altro

Ente di appartenenza: **ASST VIMERCATE**

Professione: 5 (vedi tabella B qui di seguito) Disciplina: 78 (vedi tabella C qui di seguito)

#### CHIEDE

di partecipare all'evento **con sponsorizzazione ( rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);**

di partecipare all'evento

**CORSI PERIFERICI DI 1° LIVELLO PER  
 PROFESSIONISTI DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE**  
 in qualità di docente/relatore/tutor con incarico retribuito;

di partecipare all'evento **in qualità di docente/relatore/tutor con incarico non retribuito;**

di partecipare all'evento **in qualità di docente/relatore/tutor con incarico con solo rimborso spese;**

di ricoprire il ruolo di **responsabile scientifico** dell'evento

#### DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 della L. 25.11.2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di conflitto di interessi:

di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;

che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;

di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda/Agenzia/Istituto e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;

di non aver usufruito per più di 2 volte nell'arco dell'anno in corso del contributo per il rimborso spese per partecipazione a eventi formativi esterni dallo stesso sponsor.

Data: 11/10/2019

In fede \*

*Carlo Cannarozzi* *Carlo Cannarozzi*

\*Ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

**Allegare Carta d'Identità**

#### Dichiarazione relativa al conflitto di interesse

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE (ATS) DELLA BRIANZA  
 Sede legale e territoriale: Viale Elvezia 2 - 20900 Monza - C.F. e Partita IVA 09314190969  
 Sede territoriale di Lecco: C.so C. Alberto 120 - 23900 Lecco